Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 375 de 2015

TRABAJADORES DEL BPS EN EL SANATORIO CANZANI

**Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 8 de diciembre de 2015**

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Luis Gallo Cantera.
MIEMBROS:	Señores Representantes Walter De León, Martín Lema Perreta y Egardo Mier.
DELEGADOS DE SECTOR:	Señores Representantes Silvio Ríos Ferreira y Stella Viel.
INVITADOS:	Señores Víctor Olmos, Presidente; Verónica Miranda, Vicepresidenta; Silvia Lema, Coordinadora; delegadas de la Comisión Técnica del Sanatorio Canzani señoras Natalia Argenzio y Gabriela Cachenau.
SECRETARIA:	Señora Myriam Lima.
PROSECRETARIA:	Señora Viviana Calcagno.

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo Cantero).- La comisión tiene el gusto de recibir una delegación de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social, integrada por su presidente, señor Víctor Olmos, su vicepresidenta, señora Verónica Miranda, y la coordinadora, señora Silvia Lema, y por los delegados de la Comisión Técnica del Sanatorio Canzani, señoras Natalia Argenzio y Gabriela Cachenaud.

SEÑORA MIRANDA (Verónica).- Nos trae acá un hecho objetivo: la propuesta de cierre del Crenadecer (Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras), del Banco de Previsión Social.

No queremos dejar de hacer referencia a la mirada histórica y, sobre todo, de la visión estratégica que ha tenido el movimiento sindical de nuestro país en esta materia. No podemos dejar de mencionar el hondo compromiso social y el profundo sentido de justicia de los trabajadores cuando lograron mancomunar acciones para ofrecer a la sociedad lo que otrora fueran los servicios de salud y asignaciones familiares que, sin lugar a dudas, marcaron un antes y un después en relación a la atención a la primera infancia.

Queremos dejar bien claro que hoy no venimos con los ojos en la nuca a rememorar un pasado glorioso porque a los trabajadores no nos paraliza la nostalgia. Venimos con una mirada histórica porque es la que nos referencia la dirección hacia donde nos queremos dirigir.

Como dijimos en la Comisión de Legislación del Trabajo, queremos dejar meridianamente claro que compartimos plenamente la filosofía de la Ley Nº 18.211, que creara el Sistema Nacional Integrado de Salud, especialmente en su exposición de motivos, que si me permiten voy a leer: " La protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud".

En esta materia y ante la creación y puesta en marcha del sistema, los servicios de salud han venido acompañando con su práctica la reconversión de sus prestaciones, a fin de dar cumplimiento cabal a esta filosofía. De manera que hablar hoy del sanatorio Canzani ya no es hablar de la segunda maternidad del país o, por lo menos, no solamente hablar de una maternidad, sino que, por sobre todas las cosas, es hablar de ese centro nacional de defectos congénitos y enfermedades raras. Tengamos bien presente que el 50% de las discapacidades de nuestro país son producto de malformaciones congénitas, y no es un tema menor.

Todos sabemos que el Sistema Nacional Integrado de Salud es un proceso en construcción y, sobre todo, todos sabemos que como tal dista mucho de dar respuestas oportunas ante un quebranto de salud. Me gustar repetir lo que nos dijo un padre hace unos días en una reunión que mantuvimos: "Este sistema está muy bien pensado y funciona muy bien para la gente sana".

Nosotros venimos hoy a interponer una acción concreta de carácter reflexivo ante una medida intempestiva realizada de forma unilateral y sin tener en cuenta el sistema de salud. No somos compartimentos estancos, sino que nos debemos repensar y, sobre todo, sostener dentro de un todo en lo que hace a políticas de salud. Queremos creer que la convocatoria de nuestro presidente Tabaré Vázquez a participar del diálogo social no se realiza sobre políticas de hechos consumados, sino que, por el contrario, es una propuesta sana y madura de una sociedad que está dispuesta a escucharse para marcar políticas públicas. Si los servicios que hoy brinda el BPS en materia de salud, concretamente en el sanatorio Canzani, se brindaran por otro prestador público o privado, nosotros no estaríamos acá.

Queremos invitarlos a que se hagan presentes en el sanatorio, porque una cosa es el discurso y otra muy diferente, la realidad. Nos parece oportuno que los actores que hacen a las políticas públicas se hagan presentes y vean todo lo que hay en el sanatorio Canzani para ofrecer a la sociedad.

SEÑOR OLMOS (Víctor).- Como bien dijo la compañera, estamos acá porque tenemos una historia, pero además, porque queremos denunciar la violación sistemática a la ley de negociación colectiva. Quizás no estaríamos teniendo esta reunión si se hubieran seguido los pasos establecidos por esa ley.

Hablamos de violación sistemática porque no solo se da en la salud -y, en particular, en el sanatorio Canzani-, sino en todos los ámbitos de negociación del Banco, que no son efectivos en lo que tiene que ver con la realidad de los trabajadores y, en este caso -muy por encima de todas las cosas-, con la realidad de los usuarios.

Estuvimos en la Comisión de Legislación del Trabajo de esta Cámara, donde denunciamos lo mismo que estamos diciendo acá. Allí también planteamos que, en este caso particular, para los trabajadores la prioridad no es la fuente laboral, que sabemos está garantizada; gracias a la lucha de los trabajadores, los funcionarios públicos hemos logrado lo que quizás otros no han logrado: la estabilidad laboral, aunque es obvio que la vamos a defender acá y en cualquier otro ámbito.

De lo que hablamos es que el 25 de noviembre el Banco nos conmina a tener una reunión a las 14 y 30 horas para informar sobre algo que tienen pensado para la salud. A las 15 horas se nos entrega un proyecto que nunca habíamos visto, aunque queríamos trabajar en una reconversión de la salud, no solo en esa área. Veníamos de un conflicto por las certificaciones y los peritajes médicos, con un atraso que superó las veinticinco mil decisiones para que un trabajador accediera a una jubilación, a una pensión o a un subsidio transitorio. El Banco no hace nada para que existan los profesionales y la gestión adecuados para eliminar ese problema. Hablamos de ciudadanía; no estamos hablando de fuentes laborales. Ese conflicto hasta el día de hoy no tiene solución.

Hay algunos actores que se repiten en este proyecto. Se nos paga una retribución variable, aun cumpliendo el cien por ciento de las metas. Dentro de ellas están los objetivos a cumplir en salud. En violación del

artículo 228 de la Constitución, se nos paga con un presupuesto no vigente. Lo que estamos denunciando acá es una mala gestión, no solo hacia los funcionarios, sino hacia la población.

Centrándonos en el punto que nos convoca a esta comisión, queremos dejar bien en claro que el Crenadecer, y particularmente el sanatorio Canzani, no es la maternidad que fue. Entre los acuerdos alcanzados y el proceso de ir avanzando y mejorando este sistema de salud, que está en proceso de crecimiento, para que sea más abarcador, el centro de internación Canzani no ha crecido porque hay una política y órdenes expresas para que eso no suceda. No ha crecido como maternidad; existen dos centros: el Canzani y Casa de Galicia. Entonces, no solo hablamos de efectores públicos, sino también de privados que intervienen en esto, pero esa política tampoco se ha querido llevar adelante por parte del Banco. Es más fácil decir que solamente atendemos diecisiete partos que son de "Uruguay crece contigo", a decir que queremos crecer y atender todos los partos que vengan de la zona oeste que, como ustedes sabrán, es donde están asentadas las clases trabajadoras.

SEÑOR LEMA (Silvia).- Soy coordinadora del sindicato de las bipartitas políticas, pero además soy asistente social del equipo de enfermedades raras y cuidados paliativos del Centro de Referencia Nacional de Enfermedades Congénitas (Crenadecer).

Obviamente, en el proceso de reestructuración con la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud, el BPS tomó la decisión correcta de empezar a trabajar, a partir del 2008, en su inserción en el sistema a partir de un área especializada, es decir, brindar un servicio que los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud no estaba brindando. ¿Cuál era ese servicio? Precisamente, la atención de las enfermedades y los defectos congénitos más complejos y las enfermedades raras, en conjunto con el área obstétrica y perinatal de los embarazos de alto riesgo, es decir, aquello que es más especializado. ¿Por qué? Porque en su historia, el BPS concentró todo su capital humano en esas áreas, adonde había acumulado todo su saber, su infraestructura y sus capacidades.

¿Por qué es importante mantener esta área dentro de la seguridad social? Porque la seguridad social cuenta con cuatro principios básicos: universalidad, equidad, integralidad y gratuidad. Entonces, no es un área que pueda estar dentro de un sistema de prepago. Así como hay otras áreas que tienen cobertura estatal, como la de accidentes de trabajo, esta también es un área especializada, que tiene cobertura universal.

En esto se trabajó todo el período anterior y hasta hace dos meses. ¿Por qué? Porque cuando sosteníamos la maternidad para las esposas de los trabajadores como un área no especializada, la parte de internación estaba tercerizada. Históricamente, la internación siempre estuvo tercerizada. Como decíamos antes, se tercerizaba la internación en el Español; cuando el Español entró en crisis, nos tuvimos que ir a la Médica Uruguaya. Cuando la Médica Uruguaya se dio cuenta de que el BPS no era su negocio y que era mejor ingresar con fuerza en el Fonasa, tuvimos que irnos rápidamente al Hospital Policial. El Policial entró en una crisis espantosa -ustedes la recordarán-, que terminó con un incendio y también nos tuvimos que ir. En ese momento oportuno decidimos ir por el Canzani y en el año 2011 iniciamos un proceso de reconversión muy fuerte, desde el punto de vista edilicio y también de los recursos humanos, porque el personal estaba acostumbrado a trabajar con niños sanos y debía pasar a trabajar con niños muy enfermos.

En ese proceso de reconversión se transformó toda la emergencia. Ustedes saben que hay una parte de planta física nueva. Se inauguraron blocks quirúrgicos nuevos; se hizo una sala de rayos nueva, con equipamiento de rayos de última generación; también se hizo la parte de ecografías y la unidad de cuidados especiales totalmente a nuevo. El año pasado y el anterior se hicieron a nuevo las salas del primer y segundo piso. Asimismo, se logró todo el equipamiento wifi y de TV cable. Esta semana llegaron colchones nuevos; tenemos camas articuladas. Hace tres días llegaron las bandejas térmicas nuevas, porque nuestros pacientes tienen ciclos terapéuticos distintos y muchas veces comen en diferentes horarios. Es decir, hace cinco años que venimos trabajando en un proceso de inversión muy fuerte desde el punto de vista edilicio y en un importante proceso de capacitación.

Hace dos meses tuvimos un simposio internacional sobre fibrosis quística y mostramos a los invitados internacionales las bondades de ese proceso de centralización. Tuvimos la capacidad de hacer el desarrollo altamente especializado del área de prevención prenatal con la Umefepe, así como el desarrollo altamente especializado posnatal, el laboratorio de pesquisa -la gota del talón-, y un diagnóstico altamente especializado en el primer año de vida. Para ello creamos los equipos de referencia, especialmente el equipo de

enfermedades raras, que cuenta con médico genetista. Además, trabajamos en el desarrollo ambulatorio y, obviamente, en la centralización de la internación. Un centro de referencia nacional debe tener la virtud, como su nombre lo indica, de contar en su eje con todas las actividades. Un centro de referencia nacional debe estar pensado para tres millones de habitantes.

El Banco de Previsión Social incorporó en un artículo de su presupuesto la creación de un CTI neonatal. Obviamente, esa es una actividad de altísima especialización. No hay acuerdo con el Ministerio en cuanto a si es o no necesaria la creación de un CTI neonatal. Nosotros estamos de acuerdo en discutirlo, pero entendemos que una actividad de altísima especialización como la que implica un CTI neonatal no puede tirar abajo el otro modelo de atención. Ayer, el Casmu pasó de tres a diez camas de CTI neonatal; entendemos que esto no puede ser lo que nos tire abajo todo un modelo de atención en su último escalón de especialidad. Soy integrante del equipo de cuidados paliativos y sé que, a veces, lo que menos necesitan nuestros pacientes es una intervención altamente especializada en infraestructura.

Con respecto al personal, sabemos que hay compañeros del Canzani que se están por jubilar. Sus cargos quedarán vacantes; el BPS está habilitado por la OPP a llenar esas vacantes. Dentro de las seiscientas vacantes que tenía el BPS a mayo de 2014, veintiocho correspondían a cargos de médico y no se había llamado a cubrirlas, es decir, estaban los cargos libres y se contaba con el presupuesto.

Por último, no solo se transfieren quince camas al Hospital Policial, sino también ciento once funcionarios altamente calificados y todo el equipamiento de urología, de otorrinolaringología y de oftalmología que se ha comprado en este último tiempo para equipar el block quirúrgico que tenemos. Además, se descentraliza la gestión del cuidado y la atención en la internación. Sabemos que, muchas veces, los prestadores tercerizados, al no tener un buen manejo de pacientes complejos, intentan intervenir más en lugar de menos. Y nuestros pacientes terminan más en CTI de lo que deberían. Desde ese punto de vista, no nos parece bien que se siga este camino. Pedimos que haya un parate, que se discuta técnicamente, que intervengan todos los actores porque, obviamente, la RIEPS no ha intervenido, no sabemos cuál es la posición del Ministerio de Salud Pública, y las asociaciones de padres están siendo informadas más o menos de la cuestión. Nos parece que esto merece un debate, porque hace cinco años nos embarcamos en un camino que es contrario. En dos meses no podemos bajarnos de este barco y tomar otra dirección.

SEÑORA ARGENZIO (Natalia).- Como bien dijeron mis compañeros, el Crenadecer, es el Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras. Comenzamos a trabajar en el año 2012, pero el Ministerio de Salud Pública lo reconoció como tal en 2014, a través de la ordenanza 280, a partir de lo cual comenzó a funcionar y a desarrollarse.

Este Centro de Referencia Nacional tiene tres patas. Mis compañeros ya lo mencionaron, pero me gusta que quede claro. Por un lado, tenemos el laboratorio de pesquisa neonatal, la gota de sangre. Desde el año 2007 hasta ahora tenemos una incidencia de 181 diagnósticos, es decir, 181 personas que hoy en día, gracias al diagnóstico precoz, por ejemplo, del hipotiroidismo o de la fenilcetonuria, son sanas, con inserción social. Si no hubieran tenido la oportunidad de este diagnóstico, habrían padecido un retardo mental severísimo, lo cual hubiera generado costos muy elevados tanto sociales como económicos, a la familia y al país.

En esta lógica de política pública, como se debe manejar la salud, sigue caminando el BPS como prestador especializado. Llegamos a la Unidad de Medicina Embriofetal y Perinatal, que es donde me desempeño como supervisora.

En esta Unidad, a partir de la Ordenanza Nº 629, de octubre de 2014, el Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional -que debe ser respetada como tal-, autorizó a realizar el screening en el primer trimestre a todas las embarazadas del territorio nacional, comenzando en una primera etapa con las beneficiarias de la RIEPS de Montevideo y área metropolitana. En ese camino estamos. En lo que va de este año, hemos realizado más de mil setecientas determinaciones y hemos llegado a más de sesenta y un diagnósticos precoces. Estamos hablando del primer trimestre de embarazo. Al determinar el riesgo, estamos ofreciendo los métodos invasivos solamente a aquella población que tiene riesgo alto. Antes, cuando las personas contaban con alguno de los factores de riesgo, ya teníamos que pasar directamente a los métodos invasivos, con los riesgos que conllevan.

Siguiendo en esa lógica, pasamos a la primera infancia y de ahí en más a la atención de un primer nivel especializado, que es la tercera pata, la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento. Esta Unidad, que funciona a través de la organización de equipos altamente especializados, comienza brindando atención a seis grupos de patologías. Eso fue lo que se acordó en una primera instancia; a través de la Ordenanza Nº 280, el Ministerio de Salud Pública, junto con el BPS, resuelven comenzar a trabajar en estas patologías con la idea de lograr una ampliación. Eso está claramente dibujado en el proyecto. Uno de los objetivos de este proyecto era, precisamente, generar el ámbito entre BPS y Ministerio de Salud Pública para ir ampliando ese espectro, porque las contingencias que generan las discapacidades no está generada solamente en estos seis grupos de patologías, sino que todas las discapacidades, todas las alteraciones cromosómicas generan contingencias sociales y económicas, no solo para el paciente, sino por supuesto, para toda su familia.

Entonces, el BPS está dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud como prestador especializado, porque ya somos el prestador de mancomunación. Por un lado, el BPS es administrador del Fonasa y, por otro, es un agente de mancomunación. Entonces, generando todos estos sitios donde se prestan servicios, se le coloca como un actor protagonista en la prestación especializada de cuidados.

Hasta acá venimos hablando del primer nivel de atención. Todos los que estamos en la salud desde hace mucho tiempo venimos hablando del desarrollo de de la atención primaria de salud. Por esta lógica, el BPS puede prestar estos servicios. Antes tenía como centros de primer nivel los centros materno- infantil, pero en esta estrategia de desarrollo de atención primaria de salud surgen los convenios de complementariedad con ASSE, al igual que con la Intendencia. Nosotros trabajamos directamente con la RAP; tenemos conocimiento de lo que es la red de atención primaria de salud.

Entonces, el BPS presta servicios de primer nivel y en complementariedad atiende a la población de ASSE, que es una población vulnerable. Volviendo a lo que es el centro de referencia, una vez que un paciente llega a esta Unidad de Diagnóstico y Tratamiento y se le diagnostica alguna de estas patologías, se genera dentro del BPS la posibilidad del sector de internación, que está en una parte del sanatorio Canzani. Este sanatorio dejó de ser la segunda maternidad del país para transformarse en un centro de referencia en el segundo nivel de atención. ¿Qué implica esto? Implica dos cuestiones sumamente importantes, que los que estamos en el sector de la salud manejamos bien: la longitudinalidad y la continuidad de la atención. El BPS dice que vamos a mejorar porque vamos a brindar mejor calidad de instalaciones, y a nivel de organización será mejor para el paciente; sin embargo, yo no logro visualizar ese dibujo que están presentando, porque estamos poniendo un paciente con altísima vulnerabilidad social en una puerta de emergencia polivalente, en la que no hay personal capacitado, como el que hay en el centro de referencia. Cuando hablamos de centralizar, no estamos hablando de cantidades; hablamos de centralizar porque esto es complejo. Si a la puerta de emergencia llega, por ejemplo, un paciente con exacerbación de fibrosis quística, es fundamental que se lo aísle desde ese momento, no tres horas después, cuando encuentren una cama. Estamos hablando de que lo aíslen por él, no porque nos vaya a contagiar; lo decimos porque es un inmunodeprimido.

El trato humanizado está en todos los discursos, y ese trato lo damos. El paciente llega y todos lo conocen: el médico de la puerta, el enfermero. La familia tiene una contención que realmente se debe valorar. Con estos pacientes, no podemos hablar de camas frías, porque estamos hablando de pacientes que están aislados y ocupan una sala. Por lo tanto, si tengo un piso con veintidós camas y tengo once pacientes internados, ya tengo el piso lleno. Eso es lo que necesitan estos pacientes, y me paro de punta porque tengo la salud adentro y no mercantilizada

Cuando hablamos de complementariedad y de convenios de complementariedad, hablemos claro: no hagamos tercerizaciones bajo el título de complementariedad. El recurso humano es lo más caro si hablamos de financiación. ¡Qué regalo le estamos dando al Hospital Policial, sin que haya habido antes un ámbito de discusión con la RIEPS, sin que haya habido un ámbito de discusión con el Ministerio de Salud Pública! En el documento que presenta el BPS dice claramente que se generará el ámbito de discusión con la RIEPS para elegir el efector más calificado para atender a este tipo de pacientes, pero en el párrafo siguiente dice que será el Hospital Policial. ¿Dónde estuvo el análisis de esa decisión? Hablan de capacidad, y el BPS viene con la mentira de que las instalaciones que tenemos en el sanatorio Canzani son inadecuadas y están inhabilitadas, cuando todos sabemos lo que implica una habilitación del Ministerio de Salud Pública: el ministerio va, mira, y dice qué es lo que hay que hacer, para después trabajar en ello. ¿Se trabajó en ello? Donde funcionaba el sector de preparto tenemos una sala 29 que fue terminada el mes pasado.

Pedimos que se genere un ámbito donde se respete el diálogo, la participación social y que el sector salud esté conformado por quienes realmente están a cargo de la salud de este país, de la salud del pueblo. Cuando nosotros hablamos de centro de referencia nacional nos estamos insertando en este Sistema Nacional Integrado de Salud no solamente para los públicos, sino para todos, porque el Sistema Nacional Integrado de Salud habla de cobertura universal.

Con respecto a la maternidad, ¿acaso no hay un equipo, una capacidad organizacional y estructural funcionando? Estamos trabajando con el programa Uruguay Crece Contigo, que ha tenido muy poco desarrollo, por el que se les ofrece a todas las embarazadas en estado de vulnerabilidad social la posibilidad de ser atendidas en el mismo día por todo el equipo de especialistas: es atendida por el ginecólogo, la nutricionista; tenemos ecografía, laboratorio, psicología, psiquiatría, asistente social. Tenemos un equipo integral y lo tenemos trabajando. ¿Qué pasa con las usuarias de Uruguay Crece Contigo? Estamos hablando de vulnerabilidad social, de esa usuaria que no se acerca al sistema de salud y que el sistema sale a buscar. Una vez que la encuentra, se le brinda todo. Pero a veces, estos principios de accesibilidad, equidad y calidad quedan en nada. Se miran otras cosas y se pasan a mirar las camas. ¡No miremos las camas cuando estamos hablando de estas vulnerabilidades, por favor! Debemos mirar al paciente, a la familia. Es más fácil decir que se cierra el sanatorio Canzani, que se terminó esa maternidad. La presidenta de ASSE, Susana Muñiz, salió a decir que le gustaría tenerlo porque es el efector más grande de salud. Sería bueno que miraran, aunque después vean que no se puede. Sería bueno que vieran esa vulnerabilidad, aunque digan que se atiende en el Pereira Rossell. También trabajé allí y sé que no lo hace.

¿Dónde está el parto humanizado? Cuando pagamos al ginecólogo. Esa otra parte de la población ¿tiene parto humanizado cuando la demanda es tan grande? No. Entonces ¿por qué no podemos hacer todo eso tan lindo que está en el discurso?

Estudié de arriba a abajo el Sistema Nacional Integrado de Salud. Si estamos hablando de números y los números no cierran, que venga Eeconomía de la Salud. ¿No hay una división en el Ministerio de Salud Pública? Que asesoren, que trabajen en conjunto; eso es lo lindo de la democracia: poder llevar a cabo una política pública como debe ser la salud.

SEÑOR LEMA (Martín).- Es un placer que estén en esta comisión, sus intervenciones fueron muy ilustrativas.

Días pasados, concurrimos al Sanatorio Canzani con el senador Lacalle Pou en virtud de los reclamos de los trabajadores y los diferentes trascendidos de prensa, ya que lo mejor en una situación de estas características es ir al lugar. Fuimos de forma espontánea y sin previo aviso, porque es como entendemos que se conoce mejor el funcionamiento de los diferentes centros de salud, y nos llamaron la atención algunos aspectos que queremos comentar.

Estuvimos leyendo la propuesta de la Asociación de Trabajadores y la sesión del directorio del BPS del 25 de noviembre, para ver cómo estaban fundados estos cambios, y tenemos el deber moral de dejar constancia de algunas cosas. En alguna declaración se habló de los problemas de infraestructura que existen en el centro de internación del Sanatorio Canzani. En lo personal, constaté que no existen esos problemas, y más si lo comparamos con otros centros de salud, incluso de Montevideo. Tanto es así que hay una auditoría interna realizada por la División Arquitectura de ASSE, que da resultados sumamente complejos sobre diferentes centros de salud, que realmente tienen un deterioro edilicio importante, y el Sanatorio Canzani está a años luz en cuanto a condiciones edilicias como para prestar este tipo de atención. Por lo tanto, desde el punto de vista edilicio no podemos decir absolutamente nada, solo mencionar los problemas que puede tener cualquier centro que apunte a la evolución y a mejorar permanentemente.

Otra cosa que nos llamó la atención -y por esto los quiero felicitar independientemente de cuál sea la resolución- es la vocación de servicio de los trabajadores. Tienen la misma vehemencia positiva con la que se expresaron acá; muchas veces, ustedes expresan ese sentimiento, y le ponen corazón a este tipo de atención. Si la atención en la salud no está contagiada de ese aspecto humano, de esa sensibilidad, tiene grandes posibilidades de tender al fracaso. Sin embargo, acá encontramos una gran vocación y tenacidad al expresar cómo está funcionando el Sanatorio Canzani.

A partir de las afirmaciones que trascendieron -que constatamos que no eran verdaderas-, escuchamos a los trabajadores in situ en el Sanatorio Canzani y vimos cómo atendían, y nos tomamos el trabajo de leer en profundidad la propuesta de ustedes, la resolución del BPS y el plan. Voy a adelantar mi posición personal: esta decisión me parece totalmente apresurada, improvisada e intempestiva, porque una decisión de estas características excede el lugar donde se va a ejercer la prestación en un futuro. Más allá de si va a ser en el Hospital Policial, en el Sanatorio Canzani o donde sea, estamos hablando de maternidad, de especialización en el tratamiento de patologías y enfermedades raras. Hay que proteger y cuidar a esos especialistas y brindar el ámbito necesario para que puedan desarrollar su especialidad de una forma óptima.

En el plan a futuro del BPS no encontramos solidez ni un argumento contundente que defina hacia dónde están apuntando este tipo de medidas. Por lo tanto, sería necesario generar un ámbito de trabajo con trabajadores, dirección, especialistas de la salud y demás, que pueda tomarse seis meses en un análisis técnico y profundo a fin de que luego se pase raya y pueda discutirse el tema de fondo. Esta decisión no puede tomarse de acuerdo a cómo se levante uno; previamente debe hacerse un análisis técnico y de situación desde todo punto de vista para que sea mucho más sólida que la que tenemos hasta el momento.

Leyendo el trabajo que mandaron y la resolución del BPS me surgieron algunas preguntas, cuyas respuestas pueden ilustrar a esta comisión y permitir que cada uno, desde su humilde lugar, pueda tener un rol instrumental y destrabar esta situación que, me imagino, no es deseada ni siquiera por las autoridades del BPS. No somos quiénes para cuestionar sus buenas iniciativas ni su interés legítimo, como tampoco los de los trabajadores; entendemos que debe converger el interés supremo, que es dar una mejor atención en salud.

De prosperar esta implementación en el Hospital Policial ¿qué consecuencias ven ustedes que va a acarrear? Nos queda claro que los trabajadores no fueron consultados ni notificados con un tiempo prudencial de esta decisión. La dirección del hospital ¿tuvo conocimiento antes de que se tomara esta determinación? ¿La dirección estuvo al tanto de todo el proceso? Sería interesantísimo contar con su opinión al respecto. El día que fuimos nos quedamos con la sensación de que se llevaron adelante un montón de acciones, como por ejemplo diferentes compras. Uno podía imaginar, si no conocía esta determinación, que con esto se quería fortalecer, mejorar, el centro en el que se está. También nos hablaron de una evaluación de desempeño que se hizo para presentar en el año 2016. Queremos saber si es así y de qué se tratan estas contradicciones en los hechos, medidas que se hayan llevado a cabo y que, en definitiva, terminen contradiciendo la resolución de sacar el centro de internación.

La otra pregunta tiene que ver con el bloqueo de camas. Quisiera que pudieran ser más explícitos en cuanto a por qué se produce. El argumento que se da es que se están usando muy pocas camas. Sería muy bueno saber los motivos, si es por la baja que se produjo en la cantidad de atenciones o tiene que ver con otro tipo de circunstancias.

Como trabajadores, especialistas, técnicos, ¿cuáles consideran que son los objetivos de fondo que hay que tener en la dirección del centro de internación, esté donde esté? Como Comisión de Salud Pública y Asistencia Social debemos estar al tanto de su posición para ver en qué podemos estar alineados y qué podemos aportar.

Por último, estaría bueno saber si contamos con la conformidad de los trabajadores ante cualquier tipo de gestión. Si llegara a prosperar una comisión con diferentes actores y técnicos que analizara esta decisión en el plazo de seis meses ¿estarían conformes? Esta consulta es para saber si tiene sentido algún planteo que podamos hacer -de pronto ustedes tienen alguna opción alternativa-, en el sentido de fijar un plazo de seis meses y después pasar raya, para tener claro qué es lo que más conviene. A mi modo de ver eso sería prudente y constituiría una forma para tratar de llegar a las partes, en la medida en que el directorio del BPS entiende que hay que hacer modificaciones en la materia y los trabajadores creen que es preciso incrementar las acciones y medidas donde hoy está el sanatorio Canzani y el centro de internación.

SEÑORA LEMA (Silvia).- En cuanto a la pregunta de cuáles serían las consecuencias, obviamente, no somos capaces de hacer futurología. Ahora bien, de un proceso que venía en crecimiento y consolidación hacia un nuevo modelo -el modelo es la integralidad de todas las etapas de atención-, podríamos decir que ahora estamos en un proceso de contrarreforma: vamos hacia atrás, no hacia una etapa nueva, sino hacia algo que ya vivimos. Y podemos hablar de lo que ya vivimos y de lo que constatamos.

Teniendo el servicio de internación tercerizado, luego de un mes de internación de un paciente en otro sector del Hospital Policial, no sabíamos que estaba internado, porque perdíamos el control del ingreso en algunas etapas. Además, tenemos la contradicción de que conjugamos dos culturas organizacionales distintas de funcionamiento en torno a la salud. Una cosa es todo un centro de referencia, que trabaja con pacientes fundamentalmente crónicos, y otra un hospital que atiende crónicos, agudos y otro tipo de población, y ha sido pensado con otra inserción en el sistema sanitario. Asimismo, tenemos dos legislaciones distintas, porque somos de los pocos trabajadores de la salud que nos desempeñamos durante ocho horas por día, cuando la mayoría de la salud -el Hospital Policial también- trabaja seis horas diarias. Entonces, se nos complica la compatibilización hasta de los turnos.

Adviértase que tenemos un sistema de trabajo ambulatorio, con un equipo de profesionales que da la cobertura y el seguimiento en el hospital. Nosotros hoy ya lo vivimos: como equipo de enfermedades raras llegamos a tener niños internados en tres o cuatro CTI de Montevideo. Entonces, nos pasamos dando vueltas por Montevideo, visitando y tratando de encauzar a cada equipo de CTI dentro de la línea de tratamiento que queremos que se lleve adelante. Esa distorsión es totalmente distinta cuando venimos generando nuestras propias capacidades dentro de un proceso de internación, porque la filosofía que hoy está llevando adelante el Sanatorio Canzani respecto a los pacientes es la misma del sector ambulatorio, porque estamos mancomunados, tenemos una misma capacidad organizativa, pertenecemos a un mismo sector y venimos desarrollando una misma unidad de capacitación, de organización y hasta de traslado. Hoy, el sector ambulatorio está a quince cuadras del Canzani. Entonces, una madre que quiera ir desde allí, desde el ex Sanatorio Pacheco, tiene que caminar ocho cuadras hasta Bulevar Artigas y Millán para tomarse el 185, bajarse en Luis Alberto de Herrera y caminar cuatro cuadras más hasta el Hospital Policial. Entonces, hay posibilidades de crecimiento, pero existe una distorsión entre los pacientes que tenemos y la internación, porque se es muy selectivo en las patologías y defectos congénitos que ingresan. Y hoy no ingresan todas las patologías.

SEÑORA MIRANDA (Verónica).- Muy brevemente voy a contestar la segunda pregunta del diputado Lema.

Ustedes lo tienen presente, porque lo denunciamos, que el mismo día miércoles 25, a la hora 15, se nos dijo como sindicato que se iba en esta dirección. Ese mismo día, a la hora 18, se hizo la comunicación a las direcciones del hospital a través del staff gerencial. O sea que los trabajadores y el director de ese centro hospitalario tomaron conocimiento a la hora 18, el mismo día que la organización sindical.

SEÑORA CACHENAUD (Gabriela).- Con respecto al tema de las camas, tenemos veintidós camas instaladas en el sector de internación de Crenadecer. En cuanto al tema tanto de los ingresos y de la ocupación de camas, si hacemos un comparativo entre el año 2012 y el momento actual y una proyección para culminar 2015, veremos que hay un proceso lento pero sostenido.

En cuanto al porcentaje de ocupación para el año 2015, nosotros manejamos un parámetro que es el porcentaje ocupacional teórico y el real. El teórico está en un 50%; y ahí viene el tema que nos preguntaba el señor diputado Lema. Cuando manejamos el porcentaje ocupacional real estamos bajando de esa dotación las camas que por alguna razón no se pueden usar. En el caso de los pacientes del sanatorio Canzani, en muchas oportunidades tenemos camas bloqueadas por patología, y no solamente en caso de la fibrosis quística: también hay enfermos complejos que tienen escaras infectadas y no pueden estar al lado de un paciente que se va a operar. Tenemos casos de pacientes con parálisis cerebral severa que tampoco pueden compartir habitación. Entonces, así como hay un promedio diario de ocupación, si tomamos el período enero- octubre de 2015, de once camas ocupadas, también hay un promedio diario de bloqueo de cinco camas diarias. Ahí ya estamos hablando de dieciséis camas y de un porcentaje ocupacional real que asciende al 63%. Con la propuesta del Hospital Policial estamos hablando de doce camas con posibilidad de tres más, donde estaría el sector de adultos y pediátrico considerado al mismo tiempo, y no hay una previsión de la inhabilitación de camas. Sabemos que se está improvisando algún lugar para recibir a nuestros pacientes, pero dentro de lo que es mi saber, que es el tema de los indicadores de producción, hoy no se estaría en condiciones para recibir a los pacientes que tenemos.

SEÑORA ARGENZIO (Natalia).- Con respecto a la última pregunta en el sentido de si había señales de que se estaría gestando esta decisión por parte de la dirección, debo responder que no las había. El 15

de noviembre terminamos la evaluación de desempeño, que es un nuevo mecanismo que tiene el BPS para evaluar a todos sus funcionarios, que consiste en fijarse expectativas para el año siguiente. Por supuesto que todo el personal que trabaja en el sector de internación se fijó expectativas de desarrollo. Bueno: hay que descartar esas expectativas y todo el trabajo que implicó ese proceso, que queda afuera.

Por otro lado, están todas las obras; hay compras, hay licitaciones que seguían en marcha.

En cuanto a la capacidad tecnológica, recientemente se compró un equipo de rayos digital y se reformó todo ese sector. Entonces, uno entra en el sector de rayos y advierte que es espectacular. Pero después de que lo reformaron dijeron que tendrían que llevarlo más hacia adelante porque tendría mayor accesibilidad. Eso generaría costos altísimos, cuando se solucionaría haciendo pequeñas obras, como rampas. Todo eso está dibujado en lo que implica arquitectura y mantenimiento del sanatorio, no el informe de arquitectura que figura en el del BPS, porque en este están todas las obras que hay que hacer del lado de San Martín, donde no hay internación. Y así tenemos una cantidad de cosas que pasan por lo tecnológico, lo edilicio y los recursos humanos. Y es como jugar con los recursos humanos si no fijamos expectativas para 2016; ni siquiera sabemos dónde vamos a estar desempeñándonos.

Esa sería la respuesta: desconocimiento total.

SEÑOR OLMOS (Víctor).- En cuanto a la última pregunta, consideramos que el lapso no podría ser menor a los seis meses que se propusieron. Sabemos lo que es Uruguay en el verano: los trabajadores estamos dispuestos a trabajar día y noche en esto y venimos haciéndolo. Nosotros desafiamos al directorio a que pusiera la misma voluntad, pero en las reuniones está pendiente de la hora y no de lo que estamos hablando: eso nos lo ha hecho padecer en las reuniones.

Consideramos que los efectores que tienen que estar en esa mesa -nos referimos a los actores más que nada: no para la negociación, sino para el estudio y el análisis que permita arribar a ciertas conclusiones- son el Ministerio de Salud Pública y ASSE, como principales efectores públicos de la política pública de salud; el REPS, para ver cuál es la complementariedad que se debe hacer; el BPS, subordinado a esa política, como debe estar, y los trabajadores del BPS que son los afectados. Nosotros estamos dispuestos a discutir todos los días, en el lugar y a la hora que sea, para construir, para mejorar.

Por lo tanto, ese estilo de trabajo, con la creación del Crenadecer y con este proceso de desarrollo -como decían las compañeras-, de avance y demás, ha transcurrido durante tres años de trabajo efectivo con técnicos, mancomunados en este esfuerzo. Entonces, reiteramos que el lapso no puede ser menor a los seis meses que se proponen, si es que existe la voluntad política real para trabajar en serio y de cara a la población que atendemos. Hay que tener en cuenta que no somos un efector cualquiera y no podemos dejar a estos chiquilines librados a la filantropía, a que una vez al año nos pongamos a llorar frente al televisor porque tenemos a esos chicos. Acá los atendemos todos los días y les volcamos todo nuestro cariño y nuestro esfuerzo, que va más allá del salario que recibimos, porque en cualquier otro efector sería incalculable cuánto cuesta el cariño que les damos.

Tenemos casos de sobrevida de gente que podría haber fallecido a los 15 años y hoy tienen 21 y nos dice: "Nunca pensé en ponerme el vestido de 15 y mucho menos en que iba a votar, pero gracias a ustedes lo logré". Entonces, no piensan en otra cosa que no sea que van a ser bien cubiertos y atendidos. De manera que si todos nos ponemos con seriedad, con ese sentimiento, esa obligación moral y ética, que va por encima de cualquier número y de cualquier actitud personalista, individualista, estamos dispuestos a discutir por el tiempo que sea. Ese es el ámbito, el lugar y esa es la deferencia que nos debe un estado democrático y republicano.

SEÑOR RÍOS FERREIRA (Silvio).- Yo soy médico jubilado, diputado por el departamento de Artigas.

Mi intervención parte de la base del mejor concepto que tengo del Canzani por su trayectoria y por cómo repercute eso en la vida de las personas. Hemos visto la dificultad que significa estar a 600 kilómetros y llegar hasta acá. Prácticamente, en el ciento por ciento de los casos, la gente está agradecida por la atención que recibe, por lo que a nosotros nos sorprendió un poco esta decisión. No leí el informe que ustedes

mandaron, pero no me quedaron algunas cosas claras sobre la descripción que dieron sobre cómo está el centro en la actualidad. ¿Es un hospital que tiene una demanda de niños y adultos? ¿Qué dimensiones tiene la emergencia y qué población es la que consulta? Yo tenía idea de que se brindaba una atención de primer nivel a niños, pero la fama surgía por lo que resolvía en pacientes quirúrgicos. No conozco la población de pacientes quirúrgicos que atienden anualmente. En general, estos pacientes cuando son operados necesitan servicios de CTI en forma inmediata, por lo que me gustaría saber cuántas camas de CTI tienen. Pregunto esto para ver si aparece algún dato que justifique esta decisión.

De pronto, se podría haber hecho un cambio de estas características, pero tendría que haberse conversado. Cuando uno va a cambiar siempre piensa que va a ser para mejor, pero hay que valorar toda la acumulación de conocimientos, de experiencia, de equipos que existe. No entiendo por qué pasó esto. Me afilio a la idea de que se encuentre un camino de diálogo.

Se trata de pacientes de altísimo costo y si son tercerizados y derivados a otro CTI no sé si se les podrá resolver el tratamiento intensivo que necesitan. Con estas respuestas que me pueda dar la técnica de registros médicos me voy a hacer una composición de lugar.

SEÑORA CACHENAUD (Gabriela).- En el sector de internación tenemos veintidós camas de cuidados moderados. No tenemos CTI; está tercerizado y los pacientes se envían en ambulancia especializada al Hospital Policial o al Evangélico, dependiendo de las patologías.

Tenemos una puerta de guardia de veinticuatro horas con pediatra, internista, y otra para ginecoobstetricia, con diecinueve camas instaladas; siempre estamos hablando de los cuidados moderados.

Durante muchos años en el Canzani se resolvía la patología quirúrgica coordinada. A partir de 2012 -en ese momento surgió la planificación-, empezaron a ingresar los pacientes médicos, tanto adultos como pediátricos para todas las patologías que se definieron en la órbita del ministerio y el BPS como los seis grupos de referencia principal, que incluyen: mielomeningocele, los errores innatos del metabolismo, fisura del labio alveolo palatina -FLAP-, enfermedades raras, fibrosis quística y epidermólisis bullosa. En relación a esas patologías, que casi todas requieren internaciones prolongadas, disponemos de veintidós camas y se resuelve en el Sanatorio Canzani. Si necesitamos CTI se contrata afuera; eso seguiría de la misma manera.

Lo que ellos proponen es cerrar esas veintidós camas de internación para esos pacientes y las diecinueve de maternidad, tercerizar el servicio, y pasar esa área de internación al Hospital Policial con doce camas de dotación, más tres a la orden. El horario estaría cubierto por pediatras y médicos de adultos del BPS y fuera del horario de 8 a 20 serían atendidos por la guardia médica de dicho hospital. El ingreso a puerta sería a través del Hospital Policial. También se desafecta el servicio de emergencia del Sanatorio Canzani. Los pacientes que ingresen en el servicio de puerta del Hospital Policial serán atendidos por el médico que esté en ese momento. Estamos hablando de historias clínicas de tres, cuatro y hasta cinco tomos de papel y en principio no hay un plan de lo que vamos a hacer con eso. El médico no conoce al paciente que ingresa a la emergencia, no sabe cómo resolver su situación.

Aproximadamente, el 50% de las consultas ingresan por emergencia; un 60% son de pediatría y un 30% de adultos. La resolución en la puerta es importante, pero hay un buen porcentaje que necesita cuidados de internación.

SEÑORA ARGENZIO (Natalia).- Los defectos congénitos y las enfermedades raras, las alteraciones cromosómicas, son un problema de salud costoso, frecuente y desafiante. Y acá estamos en el desafío, que consiste en cómo atendemos este problema en el país.

SEÑORA MIRANDA (Verónica).- Una de las patas de este cambio era la creación de un CTI neonatal con cuatro camas en el sanatorio. Se presupuestó y hace tres días fue aprobada la plata para la creación del CTI, para contar con los recursos humanos y sostener el centro de referencia nacional hasta 2018. Todos ustedes votaron ese dinero que hoy tiene el Banco de Previsión Social.

SEÑOR MIER (Edgardo).- Soy el doctor Mier, diputado por Treinta y Tres. Les confieso que me causó mucha impresión la visita de alguno de ustedes la semana pasada; tanto es así que tramité

urgentemente esta reunión.

Soy hincha a muerte del Canzani; en mi experiencia como responsable de un servicio de salud de mi pago, me salvó la plata siempre en estos temas tan complicados de las congenituras y los niños que nacen mal formados. Les confieso que he leído todo lo que a mis manos ha llegado y este tema no me cierra por ningún lado. Tampoco me cierra desde el punto de vista económico ni desde algunos parámetros asistenciales de referencia, como los índices y porcentajes de internación en un servicio que no tiene nada que ver con los servicios de internación comunes. No comprendo; creo que hay grandes confusiones. Con todo respeto digo que a mí no me cierra.

Por lo tanto, me sumo totalmente a que este tema sea puesto encima de la mesa y analizado en profundidad y en extensión para encontrar la mejor salida para el país, para estos niños, para estas familias y para el Sistema Nacional Integrado de Salud del que también soy hincha y comparto sus objetivos y paradigmas. La vida me dio la oportunidad de ser uno de los que apoyó calurosamente el proyecto de reconversión del Canzani como centro de referencia nacional. Fuimos hinchas fervientes de eso. No adivinamos la motivación de esto. Seguramente es bien intencionada; no lo pongo en duda, pero tal vez se tomó una decisión apresurada y capaz con bases erróneas. Haré la fuerza que me corresponda para tratar de conseguir un ámbito donde eso se discuta como se debe.

SEÑOR PRESIDENTE.- Para nosotros ha sido un placer y un gusto recibirlos y aprender. Fueron muy ilustrativas sus palabras y nos van a servir para encontrar caminos de solución.

Es verdad lo que manifestaron, que nos causó una impresión el hecho de que de un día para el otro se tomara una decisión, a mi juicio, drástica. Hay un montón de funcionarios detrás que precisan indefectiblemente de un aggiornamiento a un cambio. No se les puede decir de un día para el otro que a partir del 1º de enero se van a ir a otro lugar a hacer el mismo trabajo. Aunque la decisión sea la correcta, me parece que faltó diálogo.

Como presidente de la comisión voy a invitar al Directorio para que dé la opinión oficial al respecto, porque nos interesa saber qué motivó esta decisión. Sabemos de la importancia que tiene el trabajo que ustedes realizan en el Sanatorio Canzani. Quienes trabajan con este tipo de patologías en los niños tienen un compromiso personal. Tal vez a los papás les importe poco si uno le cosió bien o mal el intestino, pero lo que siempre dicen es que la visitadora social les manda los pasajes, conocen sus nombres, etcétera. Hay una identificación entre la familia, el paciente y el equipo de salud muy importante.

Me parece que es un tema complicado y asumimos el compromiso de invitar al Directorio para escuchar y buscar espacios de negociación y entendimiento. Para los que no están en el tema salud a veces es muy complejo. Muchas veces las explicaciones que dieron respecto a los convenios de complementación que se realizaron con ASSE y la Intendencia en el primer nivel de atención, que fueron muy buenos, no se comprenden. Uno se pregunta qué hace el BPS en el primer nivel de atención si su función es atender las congenituras y las enfermedades raras y complejas; sin embargo, desde el punto de vista social es importante. Hay un montón de aspectos que nos abren la posibilidad de sentarnos y trabajar en conjunto. No tengo ninguna duda de que las decisiones que ha tomado el BPS al respecto del Sanatorio Canzani deben haber sido con las mejores intenciones. Todos están tratando de sumar en algo. Con ese espíritu tenemos que encarar el tema.

Reitero que como presidente de la comisión voy a empezar los contactos a los efectos de ver si encontramos una mesa de negociación, sin plazo. Yo no le pongo un plazo de seis meses, tres meses ni dos meses; hay que generar esa cultura de los acuerdos, de ir amasando los temas sin fecha. Me parece que eso sería lo lógico.

Lo que esté a nuestro alcance para colaborar lo haremos con mucho gusto.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Me parece apropiado lo que se ha manifestado acá por parte de mis compañeros. Se supone que todas las personas están actuando de buena fe, entonces esto hay que someterlo a análisis con bases científicas, con principios de administración y de accesibilidad a la medicina y a la equidad, para dar un soporte de alta calidad. Estos servicios están basados en la formación de un equipo que tiene un acervo de saberes, de experiencia que son intransferibles, que no está solo en los libros sino que es parte de un corpus que se va formando en el desarrollo de la práctica de la medicina. Creo que es bueno rediscutir esto.

Estoy de acuerdo con que se cite rápidamente al Directorio del BPS, porque va a ser bueno para todos. Cuando uno empieza a dialogar comienzan a abrirse los caminos. Muchas gracias por concurrir.

(Se retira de sala la delegación de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social)

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo más asuntos para tratar, se levanta la reunión.